様式第９(第１４条関係)

　　年　　月　　日

**障害者手帳申請取り下げ書**

(宛先) 東大阪市長

記入者住所

記入者氏名

下記の精神障害者保健福祉手帳の申請について、取り下げます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　日 | 年　 　月　 　日 |
| 申請者住所 | 東大阪市 |
| フ リ ガ ナ |  |
| 申請者氏名 |  |